Aus der Universitäts-Hautklinik, Berlin
(Direktor: Prof. Dr. W. Frieboes)

Die Pathogenese der Komplikationen bei gonorrhoischer Erkrankung der hinteren Harnröhre die zur Unfruchtbarkeit führen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von

Heinz Henschke
aus Tremsdorf Kreis Zauch-Belzig

Tag der Promotion: 6. 7. 1938

Druck: Karl u. Richard Hoffmann, Charlottenburg, Schillerstr. 44

M 144

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Siebeck
Referent: Prof. Dr. Frieboes

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die Pathogenese der Komplikationen bei gonorrhoischer Erkrankung der hinteren Harnröhre die zur Unfruchtbarkeit führen.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543925_0110

In Abständen von einigen Jahren wurden seit 1900 mehrmals Geschlechtskrankenzählungen vorgenommen. Sie zeigen, daß die Gonorrhoe bei Männern keinen Rückgang aufweist.

Die Zahl der an Gonorrhoe erkrankten Männer beträgt 70—75 % aller Geschlechtskranken. Die Gonorrhoe nimmt also bei weitem die Spitze unter den Geschlechtskranken ein. Die Therapie hat sich seit der Entdeckung des Gonokokkus (1875) in ihren Grundzügen wenig geändert. Erst in letzter Zeit ist es gelungen, ein spezifisch wirkendes Mittel gegen den Gonokokkus zu entdecken.

Der Gonorrhoe müssen wir heute noch eine viel größere soziale Bedeutung zumessen als der Lues, bei der es uns bereits gelungen ist, einen Rückgang der Verbreitung auf weniger als die Hälfte des Vorkriegsstandes herbeizuführen. Da die Gonorrhoe sich nicht nur auf die Großstädte beschränkt, sondern in zunehmendem Maße unter der ländlichen Bevölkerung auftritt (Gottron), nähert sich die gesundheitliche Gefährdung in bedenklicher Weise den Quellen der Volkskraft. Seit der Machtübernahme ist bereits mit Erfolg dazu beigetragen worden, einen Rückgang der Geschlechtskrankheiten herbeizuführen, wie die letzte Statistik im Jahre 1937 beweist. Allerdings beträgt die Zahl der an Gonorrhoe erkrankten Männer noch immer ca. 70 % aller Geschlechtskrankheiten. Wenn man sich veranschaulicht, daß die meisten Fälle von Gonorrhoe mit Beteiligung der hinteren Harnröhre und deren Anhangsorgane einhergehen, und damit in der Gefahr schweben, die Zeugungsfähigkeit einzubüßen, besteht ein dringendes Bedürfnis Abhilfe zu schaffen. Gottschalk gibt in einer Arbeit über die Unfruchtbarkeit durch Geschlechtskrankheiten für die männliche Sterilität nach Gonorrhoe einen Satz von 10 % der Gesamtsterilität an. Es erscheint daher geboten, unabhängig von den Bemühungen die Zahl der Tripperinfektionen zu senken, auch dahin zu streben, dem einzelnen Fall nach Möglichkeit durch eine richtig ge-

steuerte Behandlung die Erkrankung der hinteren Harnröhre und ihrer Anhangsgebilde, vor allem aber die Nebenhodenentzündung, zu ersparen. Hierzu muß aber eine richtige Beurteilung der den Verlauf ungünstig beeinflussenden Faktoren die Grundlage abgeben.

An Hand des klinischen Materials der Jahre 1925—1933 der Universitäts-Hautklinik der Charité zu Berlin gebe ich einen Ueberblick über die Häufigkeit der gonorrhoischen Komplikationen der hinteren Harnröhre, außerdem will ich feststellen, wodurch das Auftreten von Komplikationen begünstigt wird. Ich habe den genannten Zeitraum gewählt, um die Werte besser mit denen vergleichen zu können, die Ball in seiner Dissertation „Poliklinische Beobachtungen zur Pathogenese der Epididymitis gonorrhoica" veröffentlicht hat.

Von meinen 1182 Fällen, um dies kurz vorwegzuschicken, hatten 11,9 % eine Anterior-Gonorrhoe. Für die Komplikation der vorderen Harnröhre ergaben sich folgende Zahlen:

Cowperitis	=	53,3 %
Infiltrate	=	40,6 %
Tysonitis	=	3,1 %
Strikturen	=	3,1 %

Ferner sind vorweg zu erwähnen die haematogenen Komplikationen. Es kamen zwei Fälle von Gonokokkensepsis zur Aufnahme, von denen der eine geheilt wurde, während der andere letal verlief. Der Fall ist von Galm in seiner Arbeit „Die Gonokokkensepsis im klinischen Bilde" in ihrem Verlauf und in allen Einzelheiten ausführlich beschrieben worden.

Arthritiden wurden in 47 Fällen gleich rund 4,1 % beobachtet. In mehreren Fällen waren in diesen Krankenblättern frühere Gelenkerkrankungen verzeichnet. So zum Beispiel hatte ein Gastwirt 1912 Gelenkrheumatismus im Knie und Fußgelenk. 1922 Rezidiv und allmähliche Versteifung der Wirbelsäule. 1926 gelegentlich einer Gonorrhoe wieder Arthritis des Kniegelenks und starke Schmerz-

haftigkeit der Articulatio sacro-iliaca rechts. Ein Bäcker gab an, daß die Gelenkschwellung nach Sturz von der Treppe aufgetreten sei. Ein Arbeiter hatte 1927 eine Gonorrhoe mit Arthritis im linken Fuß- und Kniegelenk. 1931 erlitt der Patient eine Neuinfektion. Wieder trat eine Arthritis desselben Kniegelenks auf. Patient war vorher nahezu 3 Jahre beschwerdefrei, jedenfalls findet sich in der Krankengeschichte keine Angabe darüber, ob er während der ersten und zweiten Infektion irgendwelche Gelenkbeschwerden hatte. Diese Erhebungen decken sich mit den Angaben Gottrons, der auch fand, daß Personen, die mehrmals an Gonorrhoe erkrankten, und bei denen der Gelenkapparat beteiligt war, bei wiederholten Infektionen oft auch wieder an Gelenkmetastasen litten. Weiterhin sagt Gottron, daß eine derartige Lokalisation der Metastasen aus der Lebensführung heraus verständlich werde, daß ein funktionell stark bzw. übermäßig beanspruchtes Gelenk, bzw. ein anderer Teil des Bewegungsapparates, z. B. die Armgelenke eines Schmiedes, die Gelenke eines Fußballspielers nach Generalisierung der Gonorrhoe mehr Aussicht haben befallen zu werden, als bei einer geruhsam dahinlebenden Person. So findet man denn auch ein vorzugsweises Befallensein der für die Berufe wichtigen Gelenke, z. B. beim Melker Befallensein des rechten Handgelenks, beim Pianisten linkes Handgelenk, kleiner Finger und Ringfinger links. Beim Bankbeamten das rechte Handgelenk, beim Gärtner das linke Handgelenk, beim Dreher ebenfalls das linke Handgelenk.

Wende ich mich nunmehr meinem Thema, den Komplikationen der hinteren Harnröhre zu, so steht die Prostatitis mit 913 Fällen = 77,4 % weitaus an erster Stelle.

Aehnliche Prozentzahlen finden sich in der Literatur. Häufigkeit der Prostatitis:

nach	Bonn	in	68,5 %
„	Montagnon	„	70,0 %
„	Pellozi	„	80,0 %
„	Cumaton	„	80,0 %
„	Waelsch	„	81,0 %
„	Nelken	„	85,0 %
„	Caspar	„	85,0 %
„	Langer	„	86,9 %

Demgegenüber war eine Erkrankung der Samenblase in insgesamt 511 Fällen aufgezeichnet, und zwar in 100 Fällen ohne und in 411 Fällen mit konsekutiver Epididymitis. Die Prostata mit ihren zahlreichen Drüsenschläuchen wirkt also als eine Art Schranke gegen die weitere Ausbreitung des spezifischen Prozesses nach hinten. Man kann sich vorstellen, daß bei Beteiligung ihrer ausgedehnten Schleimhautoberflächen es zu einer gesteigerten Bildung von Abwehrkräften kommt, um so eine zumindest vorübergehend ausreichende Immunitätslage zu schaffen. Reicht die hier erzielte Immunität jedoch nicht aus, oder wird sie durch äußere Schädlichkeiten oder durch „Schleimhautgifte" gestört, so breitet sich der Prozeß trotzdem weiter auf Samenblase, Samenleiter und Nebenhoden aus. Der Beweis dafür, daß die Weiterverbreitung auf dem Schleimhautwege stattfindet, läßt sich an meinem Zahlenmaterial deutlich erbringen, denn die Samenblasenerkrankung wirkt ihrerseits wiederum als schützender Filter für den Nebenhoden. Die Epididymitis tritt abermals in geringerer Häufigkeit ein: 474 Fälle. Unter diesen 474 Epididymitisfällen befinden sich 54 beiderseitige Erkrankungen. Ich habe es also in Wirklichkeit mit 528 Epididymitiden zu tun. Davon sind rechtsseitige 261 und linksseitige 267 Erkrankungen vorgezeichnet. Die an diesen Fällen festgestellten Spermatocystiden betragen rechts 207, links 204, das bedeutet, daß in rund $^4/_5$ aller Epididymitisfälle eine gleichzeitige Spermatocystitis nachweisbar war, und es ergibt sich bei der bekannten Schwierigkeit, leichtere Samenblaseninfiltrate zu tasten, mit größter Wahrscheinlichkeit die Vermutung, daß das restliche Fünftel ebenfalls erkrankt, nur eben nicht palpabel war. Ich komme damit zu dem Ergebnis, daß die Samenblase der gleichen Seite erkrankt sein muß, bevor es zur Entwicklung einer Epididymitis kommen kann.

Wie oben bemerkt, war ein Fünftel der insgesamt beobachteten Spermatocystiden nicht von Epididymitis gefolgt. Man kann somit sagen, daß die Samenblasenerkrankung zu einem Fünftel den Schutzwall, zu vier Fünftel aber die Voraussetzung für eine Epididymitis darstellt.

Unter den 474 Epididymitisfällen weisen dagegen nur 346 eine Beteiligung der Prostata auf. Hieraus ergibt sich, daß die Samenblasen und anschließend die Nebenhoden vorzugsweise dann erkrankten, wenn die Prostata aus irgendeinem Grunde übersprungen oder in klinisch nicht nachweisbarem Umfange vom Tripper ergriffen wurde. Die Schlußfolgerung auf die bedeutsame Rolle der in der Prostata zur Entwicklung gelangenden Immunitätskräfte liegt auf der Hand.

Ueber die Häufigkeit des Befallenseins des rechten oder linken Nebenhodens ließen sich keine sehr wesentlichen Unterschiede feststellen. In meiner Aufstellung ist die linke Seite (links 239, rechts 235) im Gegensatz zu dem meist in der Literatur angegebenen geringen Ueberwiegen der rechten Seite etwas häufiger erkrankt. Meines Erachtens dürfte es an der Zeit sein, den Streit ob rechts oder links hier überwiegt, zu beenden; haben wir doch erkannt, daß nicht so sehr die auf den Hoden einwirkenden traumatischen „Einflüsse" als vielmehr die Erkrankung der zugehörigen Samenblase, nicht nur das Entstehen, sondern auch die Seitenlokalisation der Epididymitis bestimmt. Ist aber der wahre pathogenetische Mechanismus erst erkannt, so erscheint der „klassische Tiefstand" des linken Hodens in diesem Zusammenhang belanglos.

Das Zahlenverhältnis: einseitige zu beiderseitiger Nebenhodenentzündung ist in meinem Material wie 420 : 54 oder 8 : 1. Aus ihm ist deutlich auf die außerordentlich starke Immunwirkung dieser Komplikation zu schließen.

Betrachten wir nun einmal den zeitlichen Abstand, in dem bei unseren 54 beiderseitigen Fällen der andere Hoden erkrankte, so ergibt sich aus nebenstehender Aufstellung, daß in fast 90 % dies Ereignis in den ersten vier Wochen eintrat, um dann rasch sehr viel seltener zu werden. Es ist vielleicht nicht uninteressant, daß diese Zeitspanne von 4—5 Wochen übereinstimmt mit der optimalen Dauer einer sogenannten unkomplizierten akuten Gonorrhoeerkrankung beim Manne. Vielleicht ist dies ebenfalls auf immunbiologische Vorgänge zu beziehen, die neben den oben aufgezeigten, stoßartig in Erscheinung tretenden Immunfolgen der Epididymitis einem andersartigen Mechanismus zu-

folge erst nach und nach kumuliert zur vollen Auswirkung kommen.

Weniger als 1	Woche	Abstand	11 Fälle
1	„	„	14 „
2	Wochen	„	9 „
3	„	„	11 „
4	„	„	5 „

je ein Fall mit 6, 8, 13 und 15 Wochen Abstand.

Als ein wichtiger Faktor zur Beurteilung der Immunvorgänge beim Tripper ist der Zeitpunkt des Auftretens der Epididymitis, vom Beginn der gonorrhoischen Erkrankung an gerechnet, zu betrachten. Mein Material ergab folgende Verhältnisse:

Epididymitis	1	Woche	nach der Infektion	19 Fälle
„	2	Wochen	„	77 „
„	3	„	„	83 „
„	4	„	„	72 „
„	5	„	„	26 „
„	6	„	„	48 „
„	7	„	„	18 „
„	8	„	„	33 „
„	9	„	„	5 „
„	10	„	„	15 „
„	11	„	„	8 „
„	12	„	„	21 „
„	13	„	„	4 „

die übrigen 47 Fälle verteilen sich vom 4. bis zum 12. Monat. Die wichtigsten Wochen für die Entstehung der gonorrhoischen Epididymitis sind somit die zweite bis vierte Woche. In diese Zeit fallen 48,8 % aller Epididymitisfälle. Auch hier finden wir wieder ein deutliches Nachlassen von der 5. Krankheitswoche an. Aus der folgenden Tabelle geht hervor, daß als gewöhnliche Dauer der Epididymitis gonorrhoica eine Zeit von 3—7 Wochen, im Durchschnitt vier Wochen, anzusehen ist. Dies trifft zu in 72,6 % aller Epididymitisfälle.

1	Woche	3	Fälle
2	Wochen	36	„
3	„	75	„
4	„	94	„
5	„	55	„
6	„	68	„
7	„	52	„
8	„	28	„
9	„	14	„
10	„	17	„
11	„	6	„
12	„	11	„
13	„	1	Fall

In der Literatur findet man meist noch höhere Zahlen.

Ueber die Bedeutung der sogenannten exogenen Faktoren in der Pathologie der männlichen Gonorrhoe versuchte ich Aufschlüsse zu bekommen durch eine Berufsstatistik. Ich folgte hierin dem Vorgehen Balls, der in seiner erwähnten Dissertationsarbeit nach dem Grade und der besonderen Art der beruflichen Gefährdung drei Berufsgruppen unterscheidet. Zur Berufsgruppe A zählen alle Berufe, die durch schwere Arbeit gefährdet erscheinen. In der Berufsgruppe B sind alle mittelschwer gefährdeten, und in der Berufsgruppe C alle wenig gefährdeten Berufe vereint.

Berufsgruppe A.
(schwer gefährdet)

1. Gastwirtsgewerbe
   (Gastwirt, Kellner, Zapfer, Koch, Hotelangestellter, Diener, Bierfahrer).
   51 Fälle, davon 41 = 80 % eine Prostatitis.
2. Beförderungsgewerbe:
   (Kraftfahrer, Kutscher, Schaffner, Lokomotivführer, Schiffer, Zeitungsfahrer, Eisenbahner)
   68 Fälle, davon 48 = 70,5 % eine Prostatitis.
3. Bekleidungsgewerbe:
   (Schneider, Schuhmacher, Friseur)
   69 Fälle, davon 49 = 71 % eine Prostatitis.
4. Außenberufliche Kaufleute und Angestellte:
   (kaufmännische Angestellte, Reisende, Vertreter, Kaufmann, Händler, Vermittler)
   157 Fälle, davon 116 = 74,3 % eine Prostatitis.

5. Außenberufliche Handwerker, schwerarbeitend:
(Maurer, Zimmermann, Monteur, Rohrleger)
50 Fälle, davon 43 = 84 % eine Prostatitis.

6. Innenberufliche Handwerker, schwerarbeitend:
(Bäcker, Fleischer, Schlosser, Schmied, Heizer, Packer, Steinmetz)
142 Fälle, davon 112 = 78,9 % eine Prostatitis.

7. Ungelernte Arbeiter:
207 Fälle, davon 173 = 83,6 % eine Prostatitis.

8. Landwirtschaft:
(Landwirt, Gärtner, Melker, Landarbeiter, Müller, Förster)
60 Fälle, davon 48 = 80 % eine Prostatitis.

9. Unterhaltungsgewerbe:
(Musiker, Sänger, Kinovorführer, Tänzer)
18 Fälle, davon 13 = 72 % eine Prostatitis.

10. Sporttreibende:
(Boxer, Soldat, Matrose, Funker, Artist, Schausteller, Jockey)
22 Fälle, davon 17 = 77 % eine Prostatitis.

Berufsgruppe B.
(mittelschwer gefährdet)

1. Innenberufliche Kaufleute und Angestellte:
(Bankbeamte, Buchhalter, Handlungsgehilfe, Expedient, Verkäufer, Volontär, Lehrling, Lehrer)
50 Fälle, davon 38 = 76 % eine Prostatitis.

2. Außenberufl. Handwerker, mittelschwer arbeitend:
(Maler, Tapezierer, Dekorateur, Installateur, Dachdecker, Klempner, Töpfer, Glaser)
30 Fälle, davon 22 = 73 % eine Prostatitis.

3. Innenberufl. Handwerker, mittelschwer arbeitend:
(Mechaniker, Techniker, Dreher, Werkzeugmacher, Tischler, Portier, Fahrstuhlführer)
55 Fälle, davon 44 = 80 % eine Prostatitis.

Berufsgruppe C.
(wenig gefährdet)

1. Leichtes Handwerk und freie Berufe:
(Buchdrucker, Buchbinder, Krankenpfleger, Drogist, Dentist, Kunstmaler, Architekt, Journalist, Redakteur)
34 Fälle, davon 22 = 64,7 % eine Prostatitis.

2. Akademiker:
(Jurist, Arzt, Zahnarzt, Diplom-Ingenieur, Chemiker, Apotheker, Philologe, Student, Schüler)
160 Fälle, davon 121 = 75 % eine Prostatitis.

3. Ohne Beruf:
9 Fälle, davon 6 = 77,0 % eine Prostatitis.

Prostatitis.

Den Durchschnittswert der Berufsgruppe A habe ich mit 78,0 % von 844 Fällen errechnet. Bei der Berufsgruppe B sind es 74,7 % von 135 Fällen und bei der Berufsgruppe C 73,1 % von 203 Fällen. In dieser Aufstellung finden sich alle Fälle von Prostatitis, auch diejenigen, die Erkrankungen der Samenblase und Nebenhoden aufwiesen. Wenn man die Prozentzahlen innerhalb jeder der Berufsgruppen vergleicht, so liegen über dem Durchschnittswert von 78 % der Berufsgruppe A die Angehörigen des Gastwirtsgewerbes, der schwer arbeitenden Handwerker und die in der Landwirtschaft Beschäftigten. Am günstigsten gestellt ist das Beförderungsgewerbe, bzw. das Bekleidungsgewerbe und das Unterhaltungsgewerbe. In der Berufsgruppe B der mittelschwer gefährdeten Berufe, dessen Durchschnittswert 74,7 % beträgt, schneiden am ungünstigsten die Handwerker mit 80 % ab. Der Durchschnittswert der Berufsgruppe C mit 73,1 % wird mit 75 % durch die Akademiker überschritten.

Epididymitis.

In welchen Berufen bzw. Berufsgruppen tritt nun die Epididymitis gonorrhoica auf?

Berufsgruppe A.
(schwer gefährdet)

1.	Gastwirtsgewerbe	51 Fälle.	davon	26 = 51,0 %	eine Epididym.
2.	Bevörderungsgewerbe	68 „	„	29 = 42,0 %	„
3.	Bekleidungsgewerbe	69 „	„	26 = 37,8 %	„
4.	Außenberufl. Kaufleute u. Angestellte	157 „	„	72 = 45,8 %	„
5.	Außenberufl. Handwerker schwer arbeit.	50 „	„	27 = 54,0 %	„

6. Innenberufl. Handwerker, schwer arbeit.,	142	Fälle.	davon	55 = 38.8 %	eine Epididym.
7. Ungelernte Arbeiter	207	„	„	89 = 43,0 %	„
8. Landwirtschaft	60	„	„	18 = 30,0 %	„
9. Unterhaltungsgewerbe	18	„	„	3 = 16,6 %	„
10. Sporttreibende	22	„	„	8 = 36,0 %	„

Berufsgruppe B.
(mittelschwer gefährdet)

1. Innenberufl. Kaufleute u. Angestellte	50	Fälle,	davon	22 = 44,0 %	eine Epididym.
2. Außenberufl. Handwerker, mittelschw. arb.	30	„	„	9 = 30,0 %	„
3. Innenberufl. Handwerker, mittelschw. arb.	55	„	„	13 = 23,6 %	„

Berufsgruppe C.
(wenig gefährdet)

1. Leichtes Handwerk u. freie Berufe	34	Fälle,	davon	14 = 41,3 %	eine Epididym.
2. Akademiker	160	„	„	67 = 41,8 %	„
3. Ohne Beruf	9	„	„	2 = 22,2 %	„

Nach einer Zusammenstellung der klinischen Fälle im Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten von Jadassohn fanden:

Simonis	in 27,5 %	eine Epididymitis
Rollet	in 27,9 %	„
Weber	in 28,2 %	„
Finger	in 29,9 %	„
Wiedemann	in 45,0 %	„
Augagneur	in 58,0 %	„
Buschke-Langer	in 25—30,0 %	„

Bei meinen Fällen fand ich 34,6 % Epididymitis. Berufsgruppe A weist einen Durchschnitt von 41,1 % auf.

Betrachtet man die Fälle nach Berufen geordnet, so findet man, daß die Handwerker 43 % und das Gastwirtsgewerbe 42 % mit überdurchschnittlichen Zahlen beteiligt sind. Bei der Berufsgruppe B liegt der Durchschnittswert bei 32,5 %. Hier wird dieser Wert von den innenberuflichen Kaufleuten mit 44 % um 11,5 % überschritten. Bei der wenig gefährdeten Berufsgruppe C liegt der Durchschnittswert bei 40,9 %. Beide Abteilungen, wie das leichte

Handwerk und die Akademiker, erreichen über 41 % im Gegensatz zum Ergebnis der poliklinischen Arbeit von Ball, bei der die am wenigsten gefährdete Berufsgruppe auch am wenigsten beteiligt war.

Von einem deutlichen Ueberwiegen der Erkrankungen bei den stärker gefährdeten Berufsgruppen ist also nicht die Rede. Einzelne Berufe herausgegriffen mögen zum Teil auffallende Abweichungen vom Durchschnitt darbieten, jedoch sind für soweitgehende Unterteilungen meine Zahlen nicht groß genug.

Ein Versuch, die Berufe nach bestimmten Schädlichkeiten zu gruppieren ergab folgende Tabelle für die Prostatitis und Epididymitis:

1. Schädigung durch schwere Arbeit:
   (außenberufliche und innenberufliche Handwerker schwer arbeitend, ungelernte Arbeiter und Landwirtschaft)
   81,7 % Prostatitis und 41,1 % Epididymitis
2. Schädigung durch vieles Stehen:
   (außenberufliche und innenberufliche Handwerker mittelschwer arbeitend, Gastwirtsgewerbe, leichtes Handwerk und frei Berufe)
   72,8 % Prostatitis und 34,1 % Epididymitis.
3. Schädigung durch sitzende Lebensweise:
   (Bekleidungsgewerbe, innenberufliche Kaufleute und Angestellte, Akademiker)
   75,1 % Prostatitis und 38,3 % Epididymitis.
4. Schädigung durch Alkohol:
   (Gastwirtsgewerbe, außenberufliche Kaufleute und Angestellte, Unterhaltungsgewerbe und Akademiker)
   75 % Prostatitis und 43,5 % Epididymitis.
5. Schädigung durch Erschütterung, schnelle Bewegung und Sport:
   (Beförderungsgewerbe, außenberufliche Handwerker mittelschwer arbeitend, außenberufl. Kaufleute u. Angestellte, Sporttreibende)
   73,2 % Prostatitis und 42,6 % Epididymitis.
6. Schädigung durch sexuelle Erregung, häufigen Ortswechsel und Prostitution:
   (Gastwirtsgewerbe. Beförderungsgewerbe, Bekleidungsgewerbe. Unterhaltungsgewerbe, Sporttreibende, leichtes Handwerk und freie Berufe und Akademiker)
   73,7 % Prostatitis und 40,7 % Epididymitis.

Sowohl aus der ersten als auch aus der zweiten Tabelle läßt sich ebenfalls ersehen, daß bei besonders schwer arbeitenden Menschen die Prostata vielleicht etwas häufiger ergriffen wird. Eine Einwirkung des Alkohols oder der sexuellen Gefährdung wird nicht deutlich. Bei der Epididymitis scheint dagegen der Alkohol besonders schädlich, dann folgen schwere Arbeit, Erschütterungen und zuletzt der Sexus.

Um die Bedeutung der endogenen, konstitutionellen Faktoren zu erforschen, habe ich die Häufigkeit des Auftretens von Prostatitis und Epididymitis nach dem Lebensalter aufgegliedert.

Prostatitis und Lebensalter.

unter 20	Jahren	182	Fälle,	davon	129 = 70,0 %	Prostatitis
21—25	„	525	„	„	432 = 82,0 %	„
26—30	„	268	„	„	203 = 71,0 %	„
31—40	„	150	„	„	107 = 71,0 %	„
41—60	„	54	„	„	40 = 80,0 %	„
über 60	„	3	„	„	2 = 66,6 %	„

Epididymitis und Lebensalter.

unter 20	Jahren	182	Fälle,	davon	59 = 32,9 %	Epididymitis
21—25	„	525	„	„	219 = 41,1 %	„
26—30	„	268	„	„	118 = 44,0 %	„
31—40	„	150	„	„	64 = 42,0 %	„
41—60	„	54	„	„	12 = 22,2 %	„
über 60	„	3	„	„	2 = 66,6 %	„

Deutlich ergibt sich aus den Tabellen ein Nachlassen der Epididymitis jenseits des 40. Lebensjahres, während die Prostata erst nach dem 60. Lebensjahr etwas weniger gefährdet ist.

Weiter kann man aus diesen Zahlen ersehen, daß das 21.—30. Lebensjahr weitaus am meisten durch das gehäufte Auftreten der Gonorrhoe gefährdet ist. Das gehäufte Auftreten der Gonorrhoe in diesen Lebensjahren hat eine sehr wichtige bevölkerungspolitische Bedeutung. Den meisten Männern war es in der Zeit von 1925 1933 durch die verheerende Arbeitslosigkeit und den darniederliegenden Arbeitsmarkt nicht möglich, eine Familie zu gründen. Der heutige Staat hat auch hier im weitgehendsten Maße da-

für gesorgt, eine Abhilfe durch Begünstigung der Frühehe zu schaffen. Durch die Gewährung von Ehestandsdarlehen gibt er den jungen Männern die Möglichkeit, frühzeitig zu heiraten und so den Gefahren der Ansteckung zu entgehen.

Im Ganzen betrachtet muß zugegeben werden, daß das Lebensalter einen konstanten Einfluß auszuüben scheint. Man erkennt daraus, daß am klinischen Material der Beruf für den Gonorrhoeverlauf ohne besondere Bedeutung ist. Fragt man sich nun weiter, welche Faktoren dann für das Eintreten von Komplikationen verantwortlich sein mögen, so könnte an eine konstitutionell bedingte Disposition gedacht werden. Versucht man vom Beruf aus Rückschlüsse auf die Konstitution zu ziehen, so kann man annehmen, daß die Arbeiter und Handwerker überwiegend dem muskulären bzw. athletischen Konstitutionstyp angehören. Sie werden offenbar besser mit ihrer Gonorrhoe fertig, d. h. es kommt bei ihnen seltener zur Ausbildung einer Epididymitis als im Durchschnitt. Die Abwehrkräfte dieser Leute sind so gut, daß sich eine Gonorrhoe bei ihnen im allgemeinen höchstens bis zur Prostata ausbreitet. Kaufleute und Akademiker kann man zum großen Teil dem leptosomen Typ einordnen. Bei ihnen macht die Gonorrhoe häufiger Komplikationen. Auch sonst ist es bekannt, daß der Leptosome sich Krankheiten, speziell Infektionen gegenüber wenig widerstandsfähig zeigt. Aquirieren sie eine Gonorrhoe, so wird es bei ihnen weit häufiger zu einer Epididymitis kommen.

Zusammenfassung.

Aus meiner Arbeit geht hervor, daß die einzelnen Berufe und Berufsgruppen nicht in dem Maße einen schädigenden Einfluß auf die Entstehung der Komplikationen der hinteren Harnröhre haben wie ihnen oft beigemessen wird. Vielmehr scheint ein konstitutionelles Moment eine Rolle zu spielen. Dies äußert sich darin, daß Angehörige des muskulären (athletischen) Typus weniger häufig an diesen Komplikationen erkranken als die des leptosomen bzw. asthenischen Typs.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. W. Frieboes für die Ueberlassung des Themas und des Materials zur Arbeit meinen Dank auszusprechen.

Literatur.

für die Prostata.

Ballenger E. G.: Diagnose der Prostataerkrankungen. Journ. amer. med. Assoc. 48, 23.

Balog, W.: Die Behandlung der Gonorrhoe des Mannes. Z. Urol. 19, H. 4 (1925).

Biro, S.: Ueber die Prostataentzündung gonorrhoischen Ursprungs. (ung.) Ref. Zbl. Hautkrankh. 33, 6, 26.

Brandweiner: Zur Statistik der Geschlechtskrankheiten. Arch. f. Derm. Bd. 91.

Felski: Beiträge zur Kenntnis und Therapie der chron. Entzündung der Prostata und Samenblasen. Zbl. Krkh. Harn- u. Sex. org. 1895,

Finger: Pathologie und Therapie der Sterilität beim Manne. Wien 1898.

— Die Störungen der Geschlechtsfunktion des Mannes. Handb. d. Urologie von v. Frisch und Zuckerkandl. Bd. 3, 1906.

Fischer A.: Ueber Wesen und Wert der Immunitätstherapie bei Gonorrhoe. Arch. f. Dermat. 125. 95.

Fürbringer: Die Störungen der Geschlechtsfunktion des Mannes. Nothnagel's spezielle Pathologie u. Therapie Bd. 29, T. 3, 1895.

Gerster S.: Statistische Mitteilungen über Komplikationen der männlichen Gonorrhoe in der Universitäts-Hautklinik Erlangen (1925 bis 1931). Diss. Erlangen 1931.

Gottschalk, H.: Unfruchtbarkeit durch Geschlechtskrankheiten 1936. Verlag von Leopold Voss, Leipzig.

Haustein, H.: Statistik der Geschlechtskrankheiten im Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrh. Julius Springer, Berlin 1927, Bd. 22.

Hornfeld, F.: Gonorrhoe und Ehe. Wien u. Leipzig 1904.

Picker: Ueber die Prognose der Prostatatiden. Oro. Hetil (ung.) 1906.

Spiethoff, B. u. H. Gottschalk: Auslegung der Geschlechtszähl. 1934, Dtsch. Aerzteblatt 1935, I.

für die Epididymitis gonorrhoica.

Ball: Poliklinische Beobachtungen zur Pathogenese der Epididymitis gonorrhoica. Inaug.-Diss. 1936.

Campell, Meredith F.: Gon. epididymitis. Observations in three thousand cases from the orulogical service of Bellevue hospotal. Ann. Surg. 86, Nr. 4 B 577—590 (1927).

Collan: Zur Frage der Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis. Wiener klin. Wochschr. 1897, 48.

Dörffel, J. u. W. Scholtz: Gonorrhoca acuta et chroniča anterior et posterior im Handb. der Haut- und Geschlechtskrankh. Julius Springer Berlin 1934, Bd. 20/1.

Galm: Die Gonococcensepsis im klinischen Bilde. Inaug.-Diss. 1934.

Gottron: Ausgewählte Kapitel zur Frage der Konstitution und Hauterkrankungen. S. 162. Aus: Konstitution und Erbbiologie in der Praxis der Medizin von W. Jaensch. 1934.

— Sexualerziehung der Jugend. Deut. Aerztebl. Nr. 13, 1938.

Jordan: Ein Beitrag zur Statistik der Epididymitis gonorrhoica. Arch. d. Dermat. 72, 1904.

Oppenheim u. Loew: Klinische und experimentelle Studien zur Pathologie der gonorrhoischen Epididymitis. Virch. Arch. 182, 1905.

Picker: Die topische Diagnose der chron. Gonorrhoe. Berlin. Oskar Coblentz, 1909.

Schindler: Die Pathogenese und Therapie der gon. Epididymitis. Dermat. Tbl. 1913.

Wiedemann: Beitrag zur Statistik der Epididymitis gonorrhoica. Inaug.-Diss. Leipzig 1920.

Witte: Zur Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis. Arch. f. Derm. 50, 1899.

Wossidlo: Die Gonorrhoe des Mannes und ihre Komplikationen. Leipzig, 1923.

Lebenslauf.

Am 6. X. 1908 wurde ich, Heinz Henschke, als Sohn des Volksschullehrers Reinhold Henschke, in Tremsdorf Kreis Zauch-Belzig geboren. Ich besuchte acht Jahre die Volksschule in Tremsdorf, danach 3 Jahre die Uebergangsklassen der Potsdamer Oberrealschule. Im Februar 1931 bestand ich an der Potsdamer Oberrealschule meine Reifeprüfung. Im Sommer-Semester 1931 ließ ich mich an der Berliner Friedrich-Wilhelms-Universität als Student der Medizin einschreiben. Mein Physikum bestand ich im Winter-Semester 1933/34 in Berlin. Das medizinische Staatsexamen habe ich in Berlin am 19. April 1937 bestanden. Im Medizinalpraktikantenjahr war ich tätig an der Universitäts-Hautklinik zu Berlin und im städtischen Krankenhaus zu Weißenfels a./Saale. Am 1. Mai 1938 bekam ich meine Bestallung als Arzt.